

**CANOASPREV**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA  
DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE CANOAS**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ALTO CUSTO**  
(RM, TOMOGRAFIAS, CINTILOGRAFIAS E OUTROS)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

2- NOME DO PACIENTE

3 -CARTÃO CANOASPREV

4- DATA DE NASCIMENTO

5 -SEXO

6- TELEFONE DE CONTATO

M ( ) F ( )

**EXAME SOLICITADO - TABELA CBHPM 4ª EDIÇÃO**

7- CÓDIGO SP/SADT

8- NOME DO EXAME

9-QTDE.

10 - CONTRASTE: Sim ( ) Não ( )

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

JUSTIFICATIVAS CLÍNICAS :

HISTÓRIA DA PATOLOGIA, EXAMES CLÍNICOS, TRATAMENTOS JÁ REALIZADOS:

EXAMES DE RELEVÂNCIA REALIZADOS ANTERIORMENTE:

OBJETIVO DO EXAME SOLICITADO:

**SOLICITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE  
REGISTRO DO CONSELHO)

DATA DA SOLICITAÇÃO